

## DECLARACIÓN BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

Con fundamento en lo dispuesto en el Decreto Oficial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de Septiembre de 1988 en sus artículos: "**Artículo 1.** Se incorporan al régimen obligatorio del seguro social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, a las personas que cursen estudios de los tipos medio superior y superior en instituciones educativas del Estado y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio Instituto o cualquier otra institución de seguridad social. La incorporación a que se refiere el presente artículo se realizará en términos de los acuerdos que para tal efecto emita el Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social. **Artículo 2.** Las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, materia del presente ordenamiento, comprenden la asistencia médico quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, así como la asistencia obstétrica. Dichas prestaciones se otorgarán únicamente al estudiante asegurado en términos del presente Decreto. Y **Artículo 5.** Con el propósito de que los estudiantes puedan recibir las prestaciones señaladas en este Decreto, deberán proporcionar la información que el Instituto Mexicano del Seguro Social les requiera, ya sea en forma directa o a través de las propias instituciones educativas en que se encuentren cursando sus estudios."

### DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

En pleno goce y ejercicio de mis derechos civiles y educativos, que:

a) Soy Alumno(a) de **NUEVO INGRESO** en el **INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE ACAYUCAN** en la Carrera de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con **NUMERO DE FICHA** \_\_\_\_\_  
**MODALIDAD** \_\_\_\_\_, correspondiente al período **AGOSTO 2017-ENERO 2018**.

b) Actualmente NO CUENTO CON NINGUNA PROTECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL POR PARTE DEL IMSS U OTRA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL.

c) Me COMPROMETO a informar por escrito al **Departamento de Servicios Escolares** del Instituto Tecnológico Superior de Acayucan, el documento comprobatorio donde se me otorgue protección de seguridad social distinto al Seguro de Estudiante que proporciona el Instituto Tecnológico Superior de Acayucan.

d) Tengo pleno conocimiento que, en caso de no informar inmediatamente al **Departamento de Servicios Escolares** del Instituto Tecnológico Superior de Acayucan mi situación de protección de seguridad social, quedo sujeto a las disposiciones reglamentarias vigentes que mi persona incurra.

Manifiesto que la información registrada para obtener mi NSS es auténtica.

Acayucan, Ver., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017.

ATENTAMENTE  
PROTESTO LO NECESARIO

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Alumno(a)**